FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THESE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR UN CAS

DE

SARCOME PRIMITIF DE LA RATE

PAR

BERNARD DUCHEMIN

Né à Angers, le 6 Février 1892

Ancien Externe des Hôpitaux d'Angers

Président : M. CH. ACHARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

ET DE MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD

Professeur de clinique médicale

a la Faculé de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

PROFESSEUR A LA FACULÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
ET DE L'ECOLE D'ANGERS

A M. LE DOCTEUR TURLAIS

Qui a bien voulu me donner ce sujet de thèse et m'aider de ses conseils.

Sur un cas de Sarcome primitif de la Rate

Les sarcomes primitifs de la rate sont très rares et ont été si peu observés que de nombreux anatomo-pathologistes ont douté de leur existence : Litten, Mosler n'en citent aucun cas, et Virchow écrit en 1897 : « Je ne connais qu'un petit nombre de tumeurs de la rate diagnostiquées pendant la vie. Quant aux sarcomes primitifs, leur existence me semble sinon douteuse, du moins excessivement rare ».

Leur existence est mise en doute aussi par Cornil et Ranvier, qui trouvent que les examens histologiques publiés jusqu'à eux sont insuffisants et que la plupart des tumeurs spléniques décrites sous le nom de cancer doivent être considérées comme des splénomégalies encore à classer.

Cette rareté du sarcome primitif de la rate est un fait qui ne sera sans doute jamais bien expliqué tant que nous ne connaîtrons pas mieux les causes des tumeurs malignes.

Sans doute la rate bien protégée par le diaphragme et les dernières fausses côtes gauches échappa-t-elle aux traumatismes extérieurs qui ont une grande

importance dans l'étiologie des sarcomes ; sans doute la rate est-elle libre de toutes irritations locales, propices elles aussi au développement de ces tumeurs ; sans doute peut-on penser que la rate, comparable à une énorme masse ganglionnaire lymphatique peut aisément se défendre contre les germes pathogènes du cancer, les détruire ou les faire battre en retraite sur d'autres points de l'organisme moins bien organisés comme résistance.

Mais la réceptivité sarcomateuse des différents organes ne semble pas précisément en rapport avec leur exposition au traumatisme ; mais les ganglions lymphatiques ne peuvent pas toujours barrer la route aux germes pathogènes, sont souvent envahis par eux et succombent dans la lutte, et on conçoit qu'il peut en être ainsi pour cette grosse masse ganglionnaire ; mais la rate n'est-elle pas parfois un véritable réceptable pour certains microbes, tels que l'hématozoaire du paludisme et le sprille du Kala-Azar??... Et alors, est-on forcé d'admettre que les explications données sur l'immunité sarcomateuse relative de cet organe ne sont pas pleinement satisfaisantes et de nous arrêter simplement, pour le moment à la constation de cette rareté.

HISTORIQUE

Si l'on excepte les cas rapportés en 1865 par Friedrich que Bunting classa comme sarcome primitif de la rate, c'est Weischselbaumm, en 1881, qui fut le premier à publier des cas de sarcome primitif de cet organe. Dans les *Archives de Virchow,* il assure qu'il n'en a trouvé aucun cas dans la littérature médico-chirurgicale, et il y relate deux observations de sarcome diagnostiquées à l'autopsie ; dans la première la rate énorme était infiltrée par le néoplasme ; dans la seconde, la tumeur était circonscrite à la surface connexe de l'organe dont on l'énucléa facilement.

Heinricius en 1848, faisant une laparotomie pour tumeur des organes génitaux trouve un sarcome de la capsule splénique et l'énuclée ; son malade meurt sept jours après l'intervention.

En 1904, Jepson et Albert dans *Annals of Surgery* relatent longuement un cas de sarcome primitif traité par la splénectomie. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans entrée à University Hospital, en mai 1903 pour douleurs dans l'hypocondre gauche et présence d'une tuméfaction. L'aspect général est bon. Les di-

vers organes paraissent sains si ce n'est la rate qui dans la position debout, déborde les fausses côtes et atteint l'ombilic. On pratique la splénectomie : la rate pèse trois cent cinquante grammes. La tumeur occupe la partie inférieure de l'organe ; elle est dure, bosselée, sans démarcation apparente avec le tissu splénique ; à la coupe elle apparaît d'un rouge brillant avec ça et là, des bandes de tissu blanc teintées de bleu ; elle s'enfonce comme un coin dans la partie supérieure de l'organe, faite de tissu splénique sain. Revue en décembre 1903, la jeune fille paraissait guérie.

En 1908, Ménétrier, dans son traité du « Cancer », a fait une longue étude d'un cas personnel ; dans son observation le sarcome s'est développé, accompagné de douleurs dans l'hypocondre gauche, chez un homme de quarante-sept ans, sans antécédents connus. Le foie et la rate étaient tuméfiés. La cachexie fut précoce et rapide. La rate pesait six cents grammes et était « transformée dans sa partie supérieure en un tissu blanc jaunâtre, dur, friable avec points ramollis au centre, très distinct du tissu splénique qui était très dur, de coloration rouge brun, comme cirrhotique ».

En 1910, William Mayo, rapportant sa statistique personnelle, relate qu'il s'agissait dans l'une de ses onze observations d'un énorme lympho-sarcome. La tumeur s'était développée chez une femme de 41 ans. Au cours de l'intervention, il eut à libérer la rate de la queue du pancréas avec lequel elle avait contrac-

té adhérence. Il y avait de l'ascite. La rate pesait huit livres et demie. Observée trois ans après, la malade se portait bien et avait gagné vingt kilos.

En 1910, Bush rapporte longuement un cas personnel dans *Journal of American Association* : Le néoplasme s'était développé chez un homme fort et vigoureux à la suite d'un traumatisme de l'hypocondre gauche. La tumeur qui venait de dessus les fausses côtes gauches était dure, bosselée, irrégulière. Son développement fut rapide, s'accompagna de douleurs très vives et aboutit à une rupture de l'organe. L'ablation de la rate fut suivie d'anémie assez intense, de leucocytose passagère ; le foie s'hypertrophia. Métastases dans les poumons, les ganglions péri-spléniques, sur le péritoine. La mort eut lieu 6 mois après l'intervention. La rate pesait deux livres ; elle présentait deux bosselures sur son bord antérieur ; de coloration blanchâtre elles tranchaient sur le fond pourpre de l'organe. « A la section la rate contenait un certain nombre de nodules bien distincts les uns des autres, les plus gros mesurant sept centimètres de diamètre, les plus petits environ trois centimètres. Les plus petits étaient grisâtres, transparents, les plus gros blancs et présentaient en leur centre de la nécrose ». Il y avait un foyer hémorrhagique dans le plus gros nodule, origine de la rupture. La tumeur n'avait pas envahi la capsule. L'examen histologique révéla un sarcome à grandes cellules.

A cette époque, on compte vingt-quatre cas de sarcomes primitifs de la rate. Onze ont été décou-

verts à l'autopsie. Il reste treize cas traités par la splénectomie : quatre malades moururent à la suite de l'intervention ; des neuf survivants, quatre moururent de récidive et un fut perdu de vue. Les quatre autres revus après plusieurs années, en bonne santé pouvaient être considérés comme guéris.

En 1910 aussi, Riesel et Hauptmann en ont cité chacun un nouveau cas. Ce sont les derniers à notre connaissance.

En somme, la liste des sarcomes primitifs de la rate est très courte, et il nous a semblé intéressant d'y ajouter notre modeste contribution en relatant l'observation d'un cas qui par les circonstances cliniques spéciales dans lesquelles il s'est développé et la rapidité de son évolution mérite d'être rapporté.

OBSERVATION

Homme de 46 ans. Cultivateur. Soldat au 33e R. A.

Pas d'antécédents héréditaires connus : père et mère morts de maladies indéterminées.

Pas d'antécédents personnels connus. C'est un homme malingre, de constitution médiocre.

Il a servi aux armées pendant trois mois, et a été évacué pour anémie et faiblesse générale.

Au dépôt il est toujours fatigué, a de l'inappétence, de la pesanteur stomacale après les repas ; il est pâle et s'amaigrit un peu.

Examen clinique.

Il entre dans notre service le 5 mars 1915 pour ces manifestations. Le sujet a perdu un peu l'appétit ; il a progressive-

ment cessé de manger comme de coutume, sans avoir de répulsion pour tel ou tel aliment. Après avoir mangé il accuse de la pesanteur au creux épigastrique. Constipation légère, pas de douleurs abdominales localisées. Il ne tousse pas ; il ne crache pas. Il urine bien, les urines sont claires, de fréquence normale. Il se plaint d'une faiblesse générale et d'une lassitude persistante, sans préciser de signes locaux. Il ne souffre pas. Ces jours derniers il montait à cheval et sortait du quartier. Il ne dort pas bien la nuit ; il s'agite, a des cauchemars. Pas de céphalée. Pas de syphilis avouée ou constatée.

Signes objectifs :

L'aspect général est celui d'un homme fatigué par un état subaïgu. Il a une température de 37°9.

Il est pâle, amaigri, à faciès osseux.

La langue est belle, les dents mauvaises. Gingivite.

Le ventre est creux, souple partout. Pas de réaction des fosses iliaques ; légère corde colique gauche sans résidu fécal notable. A droite cœcum non douloureux. Pas d'hémorrhoïdes. Selles normales.

Le foie n'est pas augmenté de volume, ne déborde pas les fausses côtes ; dans les grandes inspirations on ne perçoit pas son bord.

La rate est à peine perceptible à la palpation. Toutefois, dans les grandes inspirations, on perçoit son bord inférieur un peu dur, arrondi, difficilement accessible.

A la percussion, matité peu marquée : 1/2 paume de main ; on dit : rate perceptible mais non volumineuse.

Pas de phénomènes pulmonaires apparents. Léger emphysème : inspiration sèche et humée. Pas de signes stéthoscopiques précis.

Cœur : pointe à petite surface ; bruits bien frappés à la pointe et à la base. Pression 8-13. — Pouls 90.

Urines normales : claires, sans albumine. Urée 10 gr.

Pas d'anomalies des réflexes cutanés, tendineux et pupillaires.

Membres normaux. Colonne vertébrale mobile en tous sens, sans points douloureux.

8 mars. — Examen du sang : formule cytologique blanche normale, diminution du nombre des globules rouges. 4.600 par mmc.

9 mars. — La température se maintient à 38°. Même état général et local.

12 mars. — Recherches de l'hématozoaire négative. Wassermann négatif.

15 mars. — La rate est plus volumineuse, mieux perceptible.

L'examen radiologique confirme l'augmentation du volume de l'organe ; la coupole diaphragmatique est assez peu mobile.

18 mars. — Recherche de l'hématozoaire négative.

20 mars. — Etat général moins satisfaisant.

Ingestions de sulfate de quinine : 2 gr. par jour, la fièvre diminue légèrement mais ne cède pas.

25 mars. — Pas d'amélioration notable par le traitement.

28 mars. — Recherche de l'hématozoaire négative.

Formule sanguine : anémie.

Pas de modification de la formule blanche.

30 mars. — Injection de chlorhydrate de quinine dans les muscles de la fesse. Trois injections de 0 gr. 50.

1er avril. — Idem. La température tombe à 37°.

3 avril. — Température 37°. L'état général semble s'améliorer.

La rate est diminuée.

8 avril. — Retour de la fièvre à 38° ; la rate augmente de volume. Etat général précaire.

Hémoculture négative.

10 avril. — Nouvelles injections de quinine (1 gr. 50).

Cri dans la nuit, délire, agitation. La peau est froide, recouverte de sueurs, la respiration est lente, pénible ; le pouls petit et régulier ; les pupilles sont dilatées.

11 avril. — Torpeur intellectuelle ; chute thermique, la rate est diminuée, à peine perceptible.

12 au 15 avril. — État satisfaisant. Température normale. Rate à peine perceptible.

20 avril. — État moins satisfaisant. La température se relève à 38°. La pâleur est grande, le pouls petit. La rate augmente de volume. Anorexie.

Nouvel examen de sang négatif.

25 avril. — L'amaigrissement s'accentue ; l'état général est précaire. Le traitement arsénical pratiqué depuis dix jours est sans résultat.

Examen des organes négatif en dehors de la rate qui reste grosse, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes.

30 avril. — Inappétence absolue. Le sujet se cachectise.

La rate est dure, mais ne déborde pas plus de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes.

7 mai. — La cachexie progresse. Stupeur.

10 mai. — Mort.

AUTOPSIE

Examen macroscopique.

La Rate pèse 450 gr. Ele est dure, bosselée, adhérente au diaphragme par son pôle supérieur. Auprès du hile, de gros nodules blancs et bigarrés sont saillants sous la capsule qui semble normale. A la coupe sur un fond rouge violacé se détachent des placards de coloration blanc jaunâtre, à contour polycyélique de forme irrégulière et de dimension variables ; les plus volumineux étant à peine larges comme une pièce de 0,50 centimes, les plus petits comme une lentille. Ces zones ne sont pas isolées, mais réunies les unes aux autres par des tractus blancs jaunâtres. Entre ces placards, le tissu splénique est criblé d'un semis de même coloration.

Chaine ganglionnaire prévertébrale énorme au niveau des 9 et 11e, 12e dorsales ; les ganglions arrondis sont jaunâters et confluent en masse.

Le foie, les poumons, le péritoine, et le pancréas semblent sains.

La colonne vertébrale est intacte ainsi que les os des membres

Examen microscopique (Dr Papin).

Les zones néoplasiques sont constituées par des cellules de formes et de dimensions très variées. D'une façon générale ces cellules sont de grande taille. Quelques-unes atteignent des proportions gigantesques ; en moins grand nombre sont les éléments moyens et petits. Les cellules grandes et moyennes sont arrondies ou polygonales, quelquefois anguleuses ou fusiformes.

Leur noyau rond ovale, ou réniforme se colore fortement ; le protoplasma est sombre ; quelques éléments présentent un noyau mal coloré, indiqué seulement par son contact.

Les petites cellules à noyau rond très coloré à protoplasme en collerette représentent des lymphocytes. Les cellules géantes offrent un contour irrégulier, des bords festonnés, un cytoplasme granuleux, opaque, fortement coloré ; leur noyau se présente sous des aspects divers ; mais dans les cas où il peut s'observer dans de bonnes conditions il paraît constitué par un boudin replié, contourné, avec des parties renflées et des parties rétrécies, dont on peut suivre la continuité en modifiant la mise au point. Chaque portion renflée contient un gros nucléole et semble constitué par une coque de chromatine reliée par des traînées à ce nucléole central. Entre ces cellules géantes à noyau très découpé et les grandes cellules à noyau réniforme on trouve tous les intermédiaires : augmentation et lobulation du noyau produite par de simples incisures, puis accusée de plus en plus.

Les éléments cellulaires sont disposés dans une trame réticulée qui se distingue très nettement dans les régions où les cellules ne sont pas trop grosses. Ils ne semblent pas accusés d'une façon spéciale. On rencontre quelques cellules en mitose atypique ; elles sont plutôt rares.

On ne trouve pas de foyers de dégénérescence ; dans les îlots néoplasiques des cellules isolées sont frappées de nécrose.

Les territoires néoplasiques sont séparés par du tissu splénique qui paraît peu modifié en certains points, et qui, en d'autres endroits, présente des traînées de tissu fibrillaire pauvres en cellules et chargées de pigments d'origine hématique jaune d'or ou brunâtre. Ce pigment très abondant est formé de grains volumineux, disposés en amas ou en traînées. Des cellules en sont bourrées, mais la plus grande partie est libre.

DIAGNOSTIC RÉTROSPECTIF

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'une néoplasie cancéreuse de la rate à marche rapide mais sans symptômes caractéristiques, se révélant d'abord par une hypertrophie modérée de l'organe, de l'anémie puis par de la cachexie. Cette néoplasie était primitive puisqu'aucun autre organe n'était malade.

Nous avons reconnu la nature intime de la tumeur au cours de l'autopsie, comme il arrive souvent dans les cas de cancers de cet organe peu développés ; et au cours de la maladie nous avons reconnu la difficulté du diagnostic de cette splénomégalie.

I. Nous n'avons guère pensé à la leucémie ; les troubles digestifs, l'amaigrissement et la pâleur sont en faveur de cette affection ; mais l'absence d'hypertrophie ganglionnaire et surtout l'absence d'hyperleucocytose au cours de plusieurs examens nous a permis d'éliminer cette affection.

II. Nous n'avons guère pensé non plus à une splénomégalie syphilitique. L'absence d'antécédents syphilitiques, de stigmates de syphilis, le Wassermann négatif nous a fait éliminer la syphilis.

III. Nous avons éliminé aussi la splénomégalie tuberculeuse primitive à son début ; car la rate était peu augmentée de volume ; il n'y avait pas de leucocytose, ni d'hyperglobulie, ni de douleurs locales.

IV. Nous avons pensé plus longuement à la possibilité d'une maladie de Banti à son stade initial.

En faveur de cette affection, nous avons trouvé de la splénomégalie, de la fièvre, de l'anémie, de la pâleur, des troubles gastro-intestinaux ; la rate était indolore et dure. Mais habituellement elle est plus grosse que dans notre cas, et le foie s'hypertrophie.

V. Nous avons plutôt pensé à une splénomégalie paludique, l'action évidente et rapide de la quinine nous ayant renforcé dans cette conviction. D'autre part, quelques cas atypiques de paludisme observés dans cette même période nous incitait à préciser ce diagnostic. La réaction heureuse de la rate à la quinine nous avait permis de penser que nous étions dans la bonne voie ; une amélioration très marquée s'était en effet manifestée.

Mais cette action a été locale et non générale dans notre cas ; nous avons noté une amélioration légère de l'état général, surtout une diminution manifeste mais passagère de la rate et malgré la continuation du traitement nous avons assisté à une évolution fâcheuse ; la rate a réagi, sa diminution a été manifeste mais la maladie a suivi son cours.

Chez les paludéens on peut dire que c'est le phé-

nomène inverse qui se produit : soumis à une action quinique intensive, on voit rapidement la fièvre tomber, l'état général s'améliorer, bien que la rate garde encore un volume assez considérable. Tous les paludéens que nous avons observés ont réagi heureusement quand ils étaient traités avec méthode ; ceux qui résistaient étaient atteints d'affections différentes du paludisme.

Il y a donc là, dans le traitement quinique bien appliqué et suivi, un élément de diagnostic important, et le cancer de la rate souvent confondu, pour ces raisons, pourra peut-être être diagnostiqué à temps, si des observations plus nombreuses viennent montrer qu'il n'est pas une rareté. Un traitement quinique bien conduit, quand toutes les splénomégalies seront judicieusement éliminées, permettra d'établir une différenciation nette entre une rate paludéenne et un cancer en évolution.

Cette observation montre aussi qu'il faut éviter de croire trop facilement aux résistances du paludisme à la quinine. La quinine est la véritable « pierre de touche » du paludime et quand son action n'est pas franchement efficace, on doit être porté à éliminer cette affection.

Enfin elle permet de noter l'action bien connue de la quinine sur la Rate ; qu'il s'agisse d'une contraction musculaire de la capsule de l'organe ou de tout autre mécanisme, l'injection de quinine diminue le volume de la rate, même non paludéenne. Nous avons pu suivre cette transformation de l'organe

après injection de quinine, comme dans une expérience de laboratoire. Les tracés de la rate sur la peau faits par percussion indiquaient nettement ces variations et dès que l'action de la quinine s'éloignait le retour au volume habituel se manifestait. Cette observation a été particulièrement nette le 10 avril où le malade soumis à une forte action de quinine fit du délire quinique, en même temps qu'une diminution manifeste de l'organe.

Il y a lieu de se demander si la splénectomie n'était pas l'intervention libératrice? Nous ne le croyons pas. Il nous semble bien qu'elle eût été suivie de mort rapide, sinon à la suite de l'opération du moins par récidive peu de temps après, comme il est arrivé jusqu'à présent pour presque tous les sarcomes de la rate opérés.

Le traitement chirurgical était bien illusoire ; la présence de ces énormes masses ganglionnaires prévertébrales nous permettent de n'avoir aucun doute à ce sujet.

Mais ce résultat tient sans doute au diagnostic tardif. Il importerait de le faire précoce. Nous n'apportons pas de moyen de le faire de bonne heure. Nous n'avons qu'une ambition, c'est d'avoir rappelé qu'il existe, et qu'il faut, dans les cas douteux de grosses rates, y penser. C'est le moyen actuel d'intervenir au plus tôt.

CONCLUSIONS

En résumé, nous nous sommes trouvé en présence d'un sarcome primitif de la rate à marche rapide, mais sans symptômes caractéristiques. L'action très nette de la quinine nous avait porté à faire le diagnostic de rate paludéenne. Mais cette action a été surtout locale et non générale dans notre cas, alors que chez les paludéens c'est plutôt le contraire qui se produit. Nous nous permettons d'attirer l'attention sur cette discordance dans les symptômes cliniques qui permettra peut-être de faciliter le diagnostic entre une rate paludéenne et un cancer qui évolue.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BOCHEFONTAINE. — Action physiologique de la quinine sur la rate. Thèse de Paris 1873.

HEINRICIUS. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1898.

JEPSON et ALBERT. — *Annals of Surgery*, juillet 1904.

MÉNÉTRIER. — Cancer (*in Traité de Médecine et de Théapeutique*, Gilbert et Thoinot).

W. MAYO. — *Journal of American medical Association*, janvier 1910.

BUSH. — *Journal of American medical Association* février 1910.

HAUPTMANN. — *Medizican Klinik*, 1910.

MIALHERBE. — Recherches sur le sarcome, 1904.

Amédée Legrand, Editeur, Paris